

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

242

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HADJ-SAÏD

Né le 18 août 1910 à Temouchent (Algérie)

Contribution à l'étude des Anévrismes aortiques

(ÉTUDE CLINIQUE DE CERTAINES FORMES ATYPIQUES)

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HADJ-SAÏD

Né le 18 août 1910 à Temouchent (Algérie)

Contribution à l'étude des Anévrismes aortiques

(ÉTUDE CLINIQUE DE CERTAINES FORMES ATYPIQUES)

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAM.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEU-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MM J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	OBEPLING	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PORTES	Ophtalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie.	RICHET	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SANNIE	Pathol. expérimentale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TROISIER	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Pathologie chirurgic.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MOURE	
LIAN	} Clinique obstétricale.	QUENU	} Clinique obstétricale.
PASTEUR-VALLERY- RADOT		SCHWARTZ	
SÉZARY		VELTER	
		ECALLE	
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon affection profonde.

AUX MIENS

A M. LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre gratitude et accepter nos hommages respectueux.

A MES JUGES

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553030_0035

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'anévrisme aortique, dont l'un, intéressant l'aorte abdominale, a évolué avec une symptomatologie purement digestive et le diagnostic est resté longtemps hésitant. Son évolution a été fatale mais il a eu le temps de devenir cliniquement appréciable en réalisant une poche palpable sous la paroi abdominale. C'est à propos de ce cas que nous nous sommes proposés pour notre thèse de réunir plusieurs cas d'ectasie aortique et d'étudier sa symptomatologie souvent atypique. Si au point de vue thérapeutique, l'anévrisme aortique ne présente que peu d'intérêt, son diagnostic est tout de même d'importance, et c'est là-dessus que nous voudrions insister, car en connaissant certaines formes d'évolution insolite on pensera à l'ectasie et on évitera souvent aux malades une thérapeutique inutile (une intervention chirurgicale en présence d'un syndrome abdominal relevant de la rupture ou la fissuration de l'ectasie de l'aorte abdominale ou de l'une de ses branches).

* * *

Nous étudierons l'anévrisme, ou plutôt les anévrismes aortiques selon les différents segments de l'aorte qu'ils peuvent intéresser. Au point de vue étiologique, on a invoqué le rôle de certaines infections ou intoxications : paludisme, tabagisme, alcoolisme, rhumatisme articulaire aigu. Mais c'est avant tout le rôle de la syphilis qu'il faut chercher dans leur étiologie. L'endocardite maligne peut également se compliquer d'anévrisme ; on a parlé également d'anévrismes congénitaux (Eppinger). Ils sont tout à fait exceptionnels et constituent une curiosité clinique.

OBSERVATIONS

OBS. N° 1. — *Rupture anévrysmatique de l'aorte abdominale*

par Paul CARNOT (Monde Médical, 15 février 1935)

Malade âgé de 65 ans qui est venu à pied consulter pour des troubles déjà anciens. Il avait maigri de 6 kilos en un mois, avait perdu ses forces et ressentait de violentes douleurs lombaires. Il présentait d'autre part dans la région para-ombilicale gauche une tumeur volumineuse et pulsatile qui paraissait soulevée par l'aorte abdominale ou peut-être animée elle-même de battements expansifs. Nous voulûmes repérer immédiatement à l'écran radioscopique cette tumeur qui pouvait être gastrique ou colique, à moins qu'elle n'appartînt à l'aorte elle-même. Mais notre homme s'effondra derrière l'écran ; la syncope terminée, il conservait une pâleur impressionnante ; son pouls était rapide, très faible, filant ; la tension artérielle était tombée à 8-6 ; la face était exsangue, les extrémités froides

Bref, on avait le tableau d'une abondante hémorragie interne avec anémie suraiguë ; mais l'hémorragie ne semblait pas d'origine digestive car le sang ne s'extériorisa ni dans des vomissements, ni par les selles. La tumeur pulsatile s'était, d'autre part, étalée et ne battait plus. Un nouveau symptôme apparut alors, un anurie totale, sans même une goutte d'urines dans la vessie, qui dura jusqu'à la mort du malade. La mort survint dans un état de plus en plus accentué d'anémie et d'hypotension avec anurie totale, 48 heures après l'admission.

L'autopsie confirma le diagnostic d'hémorragie interne. Il s'agissait d'un hématome rétro-péritonéal par rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale, englobant les artères rénales. Ce vaste hématome s'était développé surtout à gauche vers la rate. En dégageant l'aorte abdominale au-dessus et au-dessous de l'hématome, on mit en évidence une grosse poche anévrismatique, pleine de caillots rompue en avant par une fente linéaire de 1 cm. Dans la poche anévrismatique prenaient naissance les deux artères rénales, ce qui expliquait l'anurie terminale, soit par compression des vaisseaux rénaux, soit par chute de pression dans les deux artères rénales du fait de la rupture aortique.

OBS. N° 2. — *Anévrisme du sinus de Valsalva
ouvert dans l'oreillette droite*

par LAEDERICH et POUMEAU, de Lille

(Soc. Méd. Hôp. Paris, 1928, p. 1734)

Mme P..., ménagère, entre à l'hôpital Necker le 18 février 1928 dans un état de grande asystolie. Sa cardiopathie remonte cliniquement à un peu plus d'un an. Jusque-là cette femme était en parfaite santé, n'ayant eu aucune maladie infectieuse antérieure. C'est en janvier 1927 qu'elle ressentit pour la première fois de la dyspnée d'effort, des palpitations et une douleur épigastrique qui la déterminèrent à entrer à l'hôpital.

La malade quitta l'hôpital au bout de quelques semaines, conservant de la dyspnée d'effort. A partir de juillet 1927 les signes de défaillance cardiaque s'accroissent progressivement, les œdèmes apparaissent aux membres inférieurs puis l'ascite ; la malade prend de temps en temps digitale et théobromine. Elle doit cesser tout travail au début de février 1928, les accidents d'asystolie prenant progressivement une allure beaucoup plus grave, et elle entre dans notre Service.

Nous la trouvons en proie à une violente dysp-

née, le visage et les extrémités cyanosés, la face légèrement bouffie, le corps infiltré d'anasarque, l'abdomen distendu par de l'ascite ; les urines sont rares, foncées, un peu albumineuses ; râles d'œdème pulmonaire aux deux bases. Le pouls est rapide à 130, régulier ; la tension a 14-10 au Vaquez. Le cœur est en éréthisme ; la palpation révèle un léger frémissement cataire dans la région mésocardiaque ; à l'auscultation on perçoit à la pointe un léger souffle systolique ; à la base, double soufflé, systolique et diastolique à maximum vers la base de l'appendice xyphoïde ; ces bruits simulent par leur rudesse le va et vient d'un frottement péricardique mais n'en présentent pas les autres caractères.

Nous portons donc le diagnostic d'insuffisance mitrale et de double lésion aortique par endocardite ancienne dont la cause reste inconnue ; (hémoculture négative, Bordet-Wassermann négatif).

Une saignée, une purgation, la ponction d'ascite puis la digitaline soulagent la malade, mais son asystolie reste irréductible. Pendant trois mois, grâce à la digitaline, à l'ouabaïne, au neptal on parvient à la maintenir en vie mais dans un état asystolique de plus en plus accentué. La malade succombe le 9 mai 1928.

Autopsie : Tous les viscères présentent les lésions habituelles des asystolies lentes mais sans in-

fartus. Tout l'intérêt se concentre sur la lésion cardiaque : le péricarde est normal. Le cœur est hypertrophié et dilaté, surtout au niveau de l'oreillette droite. A l'ouverture de l'oreillette gauche, on ne trouve aucune des lésions diagnostiquées, ni sur la mitrale, ni sur les sigmoïdes aortiques. Par contre, l'oreillette droite, une fois vidée des caillots agoniques qu'elle contient, nous montre une poche anévrysmale en forme de doigt de gant largement percée à son extrémité qui flotte dans la cavité auriculaire et provient de la partie toute antérieure de la cloison médiane au ras de l'insertion des valves interne et antérieure de la tricuspide. Cette poche, à parois blanches, lisses et souples, légèrement renflée à sa partie moyenne, est percée à son extrémité libre d'un orifice irrégulier. A la partie moyenne de la face qui regarde la cloison interauriculaire, la poche présente une seconde perforation beaucoup plus petite, arrondie, de 4 millimètres de diamètre.

L'intérieur de la poche est lisse. En introduisant une sonde on s'aperçoit que la poche communique avec l'aorte par un collet rétréci ouvert au fond du sinus de Valsalva postérieur complètement dissimulé par la valvule sigmoïde correspondante.

OBS. N° 3. — *Rupture spontanée de l'aorte*
à symptomatologie et évolution insolites
par A. PRATSICAS (Monde Médical, 15 janvier 1933)

S... P..., 63 ans, ouvrier, entre à l'hôpital le 26 janvier 1932. Souffre de diabète depuis de nombreuses années, se plaignant de polydipsie et de polyphagie ; il ignorait totalement l'existence de son diabète qui fut reconnu seulement à son entrée dans notre Service. Deux mois et demi auparavant il fut pris de fièvre et de douleurs à l'oreille droite pour lesquelles une paracenthèse du tympan parut nécessaire, le pus coula pendant longtemps.

Quarante jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une douleur dans la région interscapulaire, tellement intense qu'aucun mouvement ne lui était possible ; cette douleur s'accroissait à la toux et à la respiration profonde. Ces phénomènes durèrent 15 jours et après disparurent progressivement. Il passa 15 jours sans aucune gêne ; 10 jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de nouveau de la même douleur interscapulaire, mais cette fois-ci avec frisson et fièvre élevée à 38°5-40°. Deux jours après, il est pris d'une quinte de toux suivie d'une hémoptysie de la valeur d'une tasse de café. Bientôt, après

le sang pur, il expectore des coagulums pyo-sanglants de couleur rouge-noir, sales.

Depuis, son expectoration est toujours sanglante, la douleur ne siège pas seulement entre les épaules mais elle irradie à droite vers la base du thorax jusqu'au mamelon et en bas jusqu'à l'ombilic. Les médecins de la ville qui l'ont examiné avaient posé le diagnostic d'abcès du médiastin ouvert dans les bronches et il entra à la clinique chirurgicale en vue d'une opération éventuelle. Il resta à la clinique chirurgicale 3 jours pendant lesquels l'examen radioscopique montra à la partie moyenne du médiastin postérieur une ombre circonscrite du volume d'une orange. Le diagnostic de tumeur du médiastin fut porté et c'est avec cette étiquette qu'il entra à la clinique médicale où nous avons fait les constatations qui suivent :

Aspect de malade profondément et gravement atteint, dyspnéique, sans œdème et apyrétique. T.A. 18 1/2-6-1/2. Il tousse et émet une expectoration pyo-sanglante. L'examen objectif montre une submatité de la base droite sous forme d'une bande longitudinale remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. L'auscultation décèle des râles sous-crépitants aux deux bases.

L'expectoration contient des globules rouges et la flore ordinaire des voies respiratoires supérieures.

L'examen radiologique de face montra une accentuation des ombres hilaires et de nombreuses taches disséminées aux deux bases et en position oblique une ombre circonscrite du volume d'une orange située en avant de la colonne vertébrale et en arrière de l'ombre cardiaque et aortique avec laquelle elle se confondait. Urée sanguine 0,60 % : cholestérine 1,30 %. Wassermann négatif.

Devant ce tableau clinique, il est évident que le diagnostic différentiel devait se discuter entre une tumeur comprimant une bronche avec broncho-pneumonie secondaire et une collection suppurée ouverte dans les bronches. Le malade resta à la clinique 7 jours pendant lesquels la température oscillait entre 37°5 et 38°. Le 7^e jour, le malade, vers midi, eut une hémoptisie abondante et mourut en l'espace de quelques minutes.

Autopsie (résumé) : Solution de continuité au niveau d'une grosse bronche du lobe inférieur gauche. Le parenchyme pulmonaire environnant est le siège d'une infiltration hémorragique. Entre l'aorte et la colonne vertébrale, en arrière de la bifurcation de la trachée, caillots rouges formant une sorte de tumeur circonscrite.

Aorte : la paroi aortique est le siège de nombreux ulcères athéromateux ; à la limite de l'arc

aortique et de l'aorte descendante on voit un trou de rupture qui met en communication la lumière aortique avec l'amas de caillots décrits plus haut. cet orifice est irrégulier et appartient à un ulcère athéromateux ayant amené une nécrose complète de la paroi aortique. L'amas de caillots forme une sorte de tumeur qui se trouve collée contre la paroi postérieure de l'aorte.

Diagnostic : rupture athéromateuse de l'aorte.

OBS. N° 4. — *Anévrisme de l'aorte abdominale
fissuré dans le duodénum*

par de MASSARY et FLANDIN

(Soc. Méd. Hôp. Paris, 15 juillet 1928)

J..., 53 ans, ancien coureur cycliste, entre à l'hôpital Beaujon le 22 juin pour hémorragie digestive. Début brusque en pleine santé apparente. La veille de son entrée, sans douleurs, sans signes prémonitoires autres qu'une sensation de faiblesse subite avec lipothymies, le malade vomit une pleine cuvette de sang rouge. Une hémorragie abondante, de sang également rouge, par l'anus, suit presque immédiatement l'hémathémèse. Il est transporté d'urgence à l'hôpital.

L'histoire clinique est courte. Aucun passé gastrique. Digestions toujours normales, pas de douleurs abdominales. Depuis six mois environ il existe cependant quelques troubles digestifs consistant en périodes de constipation suivies de courtes débâcles ; jamais de sang ni de glaires dans les selles. Il y a un an, douleurs à type de sciatique dans le membre inférieur droit, durant quelques semaines ; mêmes symptômes dix mois plus tard, durant quelques jours, et de nouveau il y a trois mois le malade ac-

cuse des élancements douloureux de la fesse au talon, dans le membre inférieur gauche. Tous ces troubles cèdent rapidement lorsqu'il prend du sirop de Gibert.

En effet, il a contracté la syphilis en 1908 et a été soigné uniquement par des frictions mercurielles et du sirop de Gibert. Il y a trois ans, gomme testiculaire qui s'ulcère et entraîne des fistules scrotales qui durent deux ans et guérissent ensuite complètement.

Jamais aucun symptôme n'a attiré l'attention sur l'abdomen ; il n'a pas constaté qu'il ait changé de force ou de volume mais il ressent depuis quelques mois des battements au creux épigastrique. Il accuse également un amaigrissement de 9 kilos dans les trois derniers mois. Ceci ne l'empêchant pas de faire encore, la veille de son entrée à l'hôpital, des travaux pénibles de sa profession actuelle de marinier.

On est en présence d'un homme de constitution très robuste. Son affaiblissement extrême, sa pâleur, traduisent la forte spoliation sanguine qu'il vient de subir.

Dès le début de l'examen, mettant la main sur l'abdomen, on y constate l'existence d'une volumineuse tumeur. Cette tumeur, nettement délimitée, plus volumineuse que les deux poings, siège sur la

ligne médiane, occupant la partie inférieure de l'épigastre, toute la région ombilicale et la partie supérieure de l'hypogastre. Elle est de consistance ferme, mais non dure, mais surtout elle est battante, frémissante et expansive. A chaque pulsation elle s'accroît dans tous ses diamètres. On la voit d'ailleurs battre à jour frisant sous la paroi. Elle n'est pas mobilisable car elle est collée sur le plan profond. On entend à son niveau un souffle systolique extrêmement intense. Le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale paraît certain. L'examen des autres appareils est négatif.

Les bruits du cœur sont normaux, pas de signes d'atteinte orificielle, l'aorte ne paraît pas augmentée de volume. Les pouls radiaux sont égaux et synchrones. Tension artérielle 11-5. L'évolution a été très rapide. Nouvelle hémorragie abondante, hémathémèse et moeléna le jour même de l'entrée. Puis le malade reste quelques jours sans saigner, il se recolore un peu ; mais au 5^e jour moeléna abondant ; au 6^e jour petit vomissement de sang rouge ; le soir du 7^e jour le malade accuse une douleur abdominale, pâlit subitement, il est angoissé, s'agite un peu, délire. Le pouls est très petit, les extrémités se refroidissent et la mort survient au début du 8^e jour avec des signes d'anémie suraiguë sans hémathémèse ni maeléna nouveaux.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen on constate que l'intestin grêle est dans son entier rempli de sang. Sous les anses intestinales on découvre une masse d'aspect tumoral, arrondie, accolée au devant de la portion inférieure de la colonne lombaire. Cette tumeur fait corps avec les dernières vertèbres lombaires. Elle est constituée par une ectasie considérable de la dernière portion de l'aorte abdominale. Si la paroi vasculaire est reconnaissable en avant et sur les côtés il n'en est plus de même en arrière où elle fait corps avec les plans musculaire et osseux dont on ne peut la disséquer et le caillot a fortement rongé le corps des trois dernières vertèbres lombaires, dont il porte les empreintes.

De la partie inférieure de la tumeur partent les artères iliaques primitives droite et gauche. Mais, d'autre part, la tumeur est adhérente à la 3^e portion du duodénum dont la paroi en un point est inséparable de celle de la poche anévrysmale.

Cœur de volume normal. Les sigmoïdes aortiques sont souples et saines.

OBS. N° 5. — *Cyanose et œdème « en pèlerine »*
par M. ROCH (in Presse Médicale, 6 mars 1937)

Il s'agit d'un homme de 47 ans, Italien, de constitution très vigoureuse. Il a toujours joui d'une bonne santé. Il a fait la guerre et, fait prisonnier pendant deux ans, il a bien supporté les rigueurs de la captivité.

En 1926, donc, il y a une dizaine d'années, il a eu quelques palpitations auxquelles il n'avait attaché aucune importance. En 1932 un peu d'essoufflement à l'effort.

Le 21 avril 1937, à une heure et minute que le sujet peut préciser, en montant un escalier, il est pris d'un accès de suffocation. La nuit suivante il respire avec peine et constate que son visage est gonflé et bleuâtre. Il est de plus en plus gêné par son manque de souffle ainsi que par la difficulté qu'il a pour avaler. Il est hospitalisé le 22 avril.

A l'examen on constate une turgescence extrême des veines du cou avec coloration rouge vineuse de la face, coloration devenant cyanotique aux extrémités, au nez et aux oreilles. Par ailleurs on est frappé par l'œdème du cou, des paupières

et l'exophtalmie. Ces modifications, cyanose et œdème, étant localisées à la partie supérieure du thorax et aux membres supérieurs, on porte le diagnostic de « syndrome de la veine cave supérieure ».

La cause de la compression est vite apparue comme étant d'origine aortique, l'auscultation révélant au niveau de son foyer un double souffle.

Par ailleurs, dans la région cervicale inférieure droite, on perçoit un souffle systolique continu.

L'examen des autres appareils ne montre rien d'anormal.

Cependant le B.-W. dans le sang est fortement positif. L'examen radioscopique confirme le diagnostic d'ectasie en montrant que la partie supérieure du médiastin est occupée et débordée par une grosse ombre arrondie, opaque, développée surtout à droite et dont les bords pulsent à chaque systole.

La vérification anatomique a montré l'exactitude du diagnostic d'ectasie et elle a appris en plus que celle-ci était fissurée dans la veine cave supérieure avec laquelle elle communiquait par l'intermédiaire d'un petit pertuis.

OBS. N° 6. — *Fissuration d'un anévrisme
de l'aorte ascendante dans la veine cave supérieure,
avec survie de dix-sept jours.*

Vérification post-mortem

par BOULIN, THIERRY, OLIVIER et RYMER
(in Documentaire Médical, décembre 1937)

M. J..., 41 ans, ancien comptable, porteur aux Halles depuis deux ans, entre dans le Service le 11 juin 1937, avec des troubles qui, à première vue, entraînent le diagnostic de syndrome de compression de la veine cave supérieure. Le début de ces manifestations remonte exactement à huit jours et il est remarquable par sa brusquerie. En effet le 3 juin 1937, à 16 h. 45 précises, alors que, son travail terminé depuis une heure, le malade bavardait avec ses camarades, il ressent subitement une sensation de gonflement de la tête et du cou accompagnée de chaleur, de céphalée, d'éblouissement et de bourdonnements d'oreilles. Le malade est obligé de dégraffer son col, car il a l'impression d'étouffer. Rentré rapidement chez lui, il est surpris, en se regardant dans la glace, de voir que son visage et son cou

ont considérablement augmenté de volume et sont devenus bleu-pourpre. Les jours suivants, il garde le lit et si les malaises céphaliques s'atténuent, par contre la coloration vineuse se propage à la partie haute du thorax et des membres, en même temps que ces régions deviennent le siège d'un œdème marquée. Justement inquiet, M. J... se fait admettre à l'hôpital.

À son entrée, le 11 juin, on est d'emblée frappé par la coloration bleu-pourpre du visage, de la partie supérieure du thorax et des deux membres inférieurs. Cette coloration prédomine sur le nez, les lèvres, les oreilles. Toutes ces régions sont le siège d'un œdème considérable qui contraste avec l'état de maigreur relative de l'abdomen et des membres inférieurs. En outre sur la partie haute du thorax, formant ceinture, existent de petites varicosités et même par place de petites ecchymoses. Il n'y a ni turgescence ni pulsatilité des gros troncs veineux superficiels. Par contre, la coexistence de ce syndrome avec des signes cardio-vasculaires rend le diagnostic étiologique aisé.

En effet, si l'inspection de la région précordiale ne révèle pas de déformations, si la pointe du cœur bat normalement dans le cinquième espace, la palpation fait sentir au niveau de la base de l'organe

un frémissement systolique ; ce thrill s'accroît en position assise et se perçoit sur une assez grande étendue ; il affecte la région sternale à la hauteur des deuxième et troisième espaces intercostaux, sur la partie interne desquels il déborde de chaque côté ; il semble qu'il soit plus marqué sur le bord droit du sternum.

L'auscultation fait entendre au foyer aortique un double souffle, souffle systolique assez rude, souffle diastolique léger s'irradiant relativement peu. En outre, bien différent du souffle systolique précédent, existe, dans la région mésocardiaque avec un maximum net au foyer pulmonaire, un second souffle systolique à timbre musical. Enfin l'auscultation de la pointe met en évidence un bruit de galop.

Le pouls est rapide, plus faible au poignet gauche qu'au poignet droit. La pression artérielle mesure à droite 17-8, à gauche 13-8.

L'indice oscillométrique atteint trois divisions au bras droit et 1 1/4 au bras gauche.

Le foie est gros et légèrement douloureux.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Les pupilles réagissent normalement. Les autres appareils semblent indemnes. Il n'y a pas d'œdème des muscles supérieurs. Nous n'avons pas retrouvé de stigmates de syphilis, ni leucoplasie, ni cicatrice

de chancre ; mais l'interrogatoire du malade révèle qu'en 1917 il a présenté une érosion du gland, d'ailleurs indolore, et qu'il n'a jamais fait soigner. Il a d'ailleurs toujours joui d'une bonne santé ; depuis un an seulement il a présenté, par intermittences, des palpitations et des poussées de cyanose discrète après les repas. Les examens complémentaires ont donné les résultats suivants :

Réaction de B.-W. dans le sang + + +, urée sanguine 0,73 0/00, formule sanguine normale.

L'examen du larynx ne montre rien en dehors d'une congestion des cordes vocales.

Examen radiologique :

La radioscopie montre un élargissement important de l'ombre cardio-vasculaire et l'existence d'une énorme obscurité de la région parasternale droite. Il n'a pas été possible de juger de la pulsabilité de cette image.

La radiographie montre :

- une convexité accusée de l'arc moyen,
- une double ombre, l'une à peu près circulaire, l'autre piriforme dans laquelle est inscrite la première.

Cette double ombre, qui est située à droite du

sternum, peut être interprétée comme une double formation anévrysmale, dont les éléments ne seraient pas situés dans le même plan.

L'autopsie a confirmé cette manière de voir. Elle a mis en évidence une ectasie aortique à double poche : l'une fissurée dans la veine cave supérieure, l'autre comprimant l'artère pulmonaire dans la lumière de laquelle elle faisait saillie.

OBS. N° 7. — *Anévrisme de l'aorte abdominale
rompu au cours d'un coït*

par Yves KERMOUGANT

(in Annales de Médecine légale, 11 mai 1936)

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années qui, venu passer le week-end dans une station balnéaire, est pris subitement d'une douleur atroce au niveau de la hanche.

C'est au cours d'un acte sexuel que cet homme a commencé à souffrir de sa hanche et de sa cuisse gauches, mais c'est environ une heure après que la douleur est devenue inquiétante par son intensité.

Ce sujet habitué « aux sciaticques » — la dernière crise remontait à il y a un an — n'y attachait pas de grosse importance au premier moment, et c'est seulement plus tard qu'il s'est alarmé.

Avec la douleur de plus en plus vive — il a fallu deux injections de morphine, pour procurer un peu de repos au patient — existait un malaise général intense et des vomissements répétés.

L'examen clinique n'a rien montré d'anormal et qui soit significatif. L'abdomen en particulier était souple et plat.

Revu vers 6 heures du matin, le malade est dans un état alarmant.

Il est pâle, les muqueuses décolorées, baigné de sueurs froides ; le pouls est petit et incomptable. La tension artérielle est basse.

Bref, il s'agit d'un tableau d'hémorragie interne grave, dont rien en apparence n'explique l'éclosion.

Un interrogatoire serré apprend cependant que le sujet a eu, il y a une douzaine de jours, un accident de voiture automobile dont il est sorti indemne. On pense à la possibilité de rupture traumatique viscéral ou vasculaire post-traumatique tardive, et après transfusion sanguine, on intervient chirurgicalement. L'intervention ne révèle rien en dehors d'un aspect hémorragique de la zone rétro-duodéno-pancréatique. L'état du malade étant des plus inquiétants, on referme, sans qu'on ait pu faire de diagnostic.

En raison de l'accident d'automobile, la famille demande l'autopsie qui fut faite avec l'autorisation de la police et de la justice. Elle révèle : un énorme hématome rétro-péritonéal et « après nettoyage d'une masse de caillots, on trouve un anévrysme de l'aorte abdominale s'étendant de la 11^e à la 5^e lombaire, mesurant 18 cm. de hauteur et 15 de largeur.

L'anévrisme est fissuré, sur son bord gauche, dans une zone où la paroi artérielle est particulièrement menue et friable, semée de plaques d'athérome. Les coronaires sont partiellement oblitérées. L'examen des autres viscères ne révèle rien de particulier....

Cet homme solide et toujours bien portant en dehors de sa sciatique, a donc présenté une ectasie de l'aorte abdominale qui a évolué d'une manière très silencieuse. Personne n'a jamais songé à attribuer cette névralgie à une compression par une tumeur anévrysmale développée aux dépens de l'aorte abdominale. Ceci se conçoit d'ailleurs fort bien et c'est plutôt le contraire qui aurait été surprenant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aorte est le siège d'élection des ectasies spontanées et le vaisseau peut être intéressé aussi bien dans son segment thoracique qu'abdominal.

C'est l'anévrisme de la crosse — qui peut être lésée aussi bien au niveau de son segment vertical que horizontal — qui est le plus fréquent.

En général l'anévrisme est unique, quelquefois il est double, exceptionnellement multiple.

Le plus souvent il s'agit d'anévrisme sacculaire : le processus ectasique se limitant à une partie de la paroi artérielle, il constitue une poche accolée à l'artère. Ce sac communique avec le vaisseau aux dépens duquel il s'est constitué par une portion étroite qu'on appelle collet.

Plus rarement il s'agit d'ectasie fusiforme : la dilatation s'est faite aux dépens de toute la circonférence du vaisseau ; il se trouve créée une poche allongée, communiquant largement, à plein canal, avec l'aorte sur le trajet de laquelle elle se trouve en quelque sorte interposée.

La poche anévrismale peut avoir un volume

plus ou moins grand. Il est des ectasies qui d'abord petites comme une noisette, deviendront grosses comme une orange ou une tête d'enfant. La poche, à mesure qu'elle grossit, devient de moins en moins régulière et apparaît souvent comme multilobée.

La poche anévrysmale une fois ouverte laisse voir les caillots disposés en deux couches, l'une externe, l'autre interne. Les plus profonds adhèrent à la poche dont la face interne apparaît, le plus souvent, irrégulière.

Autour du vaisseau atteint, il se forme une gangue plus ou moins enflammée, englobant souvent des nerfs, reliant les divers organes (médiastinite dans l'aortite thoracique) et qui est responsable d'une grosse partie de la symptomatologie de l'anévrysme.

De l'histo-pathologie, nous retiendrons que le processus essentiel est l'altération de la tunique moyenne, dont les fibres élastiques se raréfient, se fragmentent et finissent par disparaître.

Le fond de la poche se transforme en un tissu conjonctif, peu résistant et dont le manque de souplesse prédispose à la rupture.

A l'atteinte de la couche moyenne s'associe un processus d'endarterite, net surtout dans les cas anciens ; la tunique interne, proliférée, infiltrée

d'hémorragies interstitielles, se continue alors sans ligne de démarcation nette, avec les stratifications qui constituent les caillots.

Enfin, l'infiltration cellulaire diffuse ou nodulaire riche en mononucléaires et en plasmazellen témoigne de l'atteinte du vaisseau par la syphilis.

L'ectasie, à mesure qu'elle grossit, comprime et tend à évoluer vers la rupture. Celle-ci peut se faire en un ou plusieurs temps et elle peut se produire soit dans un organe voisin, soit dans le tissu cellulaire lâche, soit vers l'extérieur. Auparavant elle a souvent érodé et détruit les organes voisins.

Quelquefois on a pu assister à la formation d'un anévrisme disséquant : le sang, après avoir déchiré l'endartère, s'est infiltré, et souvent loin, le long de la tunique moyenne. Cette infiltration peut intéresser l'aorte sur plusieurs centimètres de longueur ; le vaisseau apparaît alors comme entouré par un manchon incomplet.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous étudierons successivement le tableau clinique des anévrismes de la crosse de l'aorte, de l'aorte abdominale et de quelques branches collatérales importantes.

a) *Anévrisme de l'aorte ascendante*

C'est un anévrisme superficiel de diagnostic relativement facile. Les signes fonctionnels sont sans intérêt : vertiges, céphalée, dyspnée d'effort, précordialgies.

L'examen physique du malade montre l'existence d'une tumeur anévrysmale avec les signes typiques d'un anévrisme artériel. Cette tumeur siège en général au niveau de l'extrémité interne du 1^{er} ou 2^e espaces intercostaux droits, plus rarement à gauche du sternum ou au-dessus de la fourchette. A l'inspection on note une voussure, visible, soulevée à chaque systole. La palpation montre les signes majeurs : un fréuissement vibratoire systolique et des battements avec expansion qui donnent la classique impression de « deux cœurs dans la poi-

trine ». Ces battements sont parfois visibles, souvent palpables. Les examens électro-cardiographiques permettent de préciser deux battements systoliques et un battement diastolique qui n'est le plus souvent pas perçu par la palpation.

L'auscultation permet d'entendre au niveau de la tumeur un double souffle : l'un systolique, râpeux, intense, se propageant vers les vaisseaux du cou, l'autre diastolique, plus doux, se propageant vers le bas.

L'examen radiologique ne fait que confirmer un diagnostic évident à l'examen clinique en montrant la solidarité de la tumeur avec l'aorte ascendante.

b) *Anévrisme de la portion horizontale de la crosse*

Ses signes fonctionnels révèlent de la compression médiastinale qu'il entraîne. Il s'agit en général de sujets qui souffrent d'une douleur thoracique intercostale ou phrénique, souvent de type angineux. Ce sont des douleurs tenaces et rebelles à toute thérapeutique. Cette douleur est accompagnée de dyspnée, asthmatiforme ou à type laryngé. Les crises de dyspnée peuvent s'associer et alterner avec des accès de toux coqueluchoïde. La voix est souvent rauque et bitonale. Il y a parfois de la dysphagie.

L'examen physique est le plus souvent pauvre en symptômes. Tout au plus peut-on trouver des signes d'aortite, un retard du pouls radial gauche sur le droit, une diminution du murmure vésiculaire d'un côté.

L'examen radiologique fournit par contre des renseignements importants. On voit, de face, une ombre opaque à la partie supérieure du médiastin. Cette ombre, des dimensions d'une noix ou d'une mandarine, est solidaire de l'ombre aortique, elle est battante et expansive. En oblique antérieure droite on voit mieux la crosse de l'aorte ; à son ombre se surajoute celle de la médiastinite concomitante qui obscurcit l'espace clair rétro-cardiaque et qui est responsable des troubles fonctionnels.

c) *Anévrisme de l'aorte thoracique descendante*

Beaucoup plus rare, cet anévrisme reste longtemps sans expression clinique et sa découverte est le plus souvent l'œuvre de la radioscopie. Tardivement apparaissent : la dysphagie et les douleurs rebelles liées à la compression du rachis et à la compression des racines postérieures. On assiste parfois à la constitution d'un syndrome pseudo-pulmonaire par compression bronchique. Quel qu'en soit d'ailleurs le siège d'un anévrisme, toutes les fois qu'on

y pense, l'examen sera complété par la recherche de stigmates de spécificité : leucoplasie, signe d'Argyll Robertson, abolition des réflexes, réaction de Wassermann, etc.

Évolution

L'évolution de l'anévrisme de la crosse de l'aorte est toujours grave car le traitement ne permet, dans le meilleur des cas, que de retarder l'échéance. Il réduit la médiastinite et les troubles fonctionnels, mais reste sans action sur l'anévrisme. La mort est inévitable au bout d'un temps plus ou moins long. Elle peut survenir soit après une évolution lente et progressive par cachexie avec fréquence de greffe tuberculeuse chez des sujets cachectiques ; soit plus rapidement du fait de la défaillance cardiaque ; soit encore par une terminaison brutale : mort par asphyxie, par syncope et surtout par rupture. Cette dernière éventualité est l'évolution normale de l'ectasie aortique. Suivant le siège de l'ectasie elle se rompt : à la peau dans les anévrismes extériorisés ; dans la trachée, se manifestant par des petites hémoptysies ; dans l'œsophage en cas d'anévrisme profond ; assez souvent dans la plèvre gauche ; parfois dans le médiastin

déterminant un syndrome médiastinal ; exceptionnellement dans la veine cave supérieure, dans le rachis ou dans le péricarde.

d) *Anévrismes du tronc brachio-céphalique*

Sans une phase intra-thoracique les symptômes sont semblables à ceux qui accompagnent les anévrismes de l'aorte : douleur rétro-sternale et signes de compression des organes voisins. La radioscopie et la radiographie montrent l'existence d'une ombre arrondie, bien limitée, pulsatile, placée dans l'angle sterno-vasculaire. Dans la phase cervicale, la tumeur s'étale à la base du cou entre le sterno-mastoïdien et la trachée. Le plus souvent, la mort survient par rupture soit à la peau soit dans un viscère voisin.

e) *Anévrismes de l'aorte abdominale*

Moins fréquents que les anévrismes de la crosse de l'aorte, ils siègent habituellement sur le segment du vaisseau compris entre la naissance du tronc cœliaque et la bifurcation aortique. Leur volume est souvent considérable (tête d'adulte). Les signes

fonctionnels peuvent faire complètement défaut, la tumeur se développant le plus souvent en avant. Parfois cependant, dans les formes à développement postérieur, les douleurs sont souvent intenses, à type constrictif. Les alternatives de diarrhée et de constipation, l'ascite par compression de la veine porte, l'ictère par compression des voies biliaires extra-hépatiques, sont les symptômes souvent trompeurs et qui peuvent égarer le diagnostic. Les signes physiques ne deviennent nets que lorsque la tumeur est volumineuse. La palpation après compression des deux artères fémorales peut déceler l'existence d'un thrill ; l'auscultation permet parfois d'entendre un souffle systolique ou un double souffle. On peut noter par ailleurs un retard du pouls fémoral sur le pouls radial et un abaissement de la tension artérielle dans les membres inférieurs.

La rupture des anévrismes de l'aorte abdominale, dramatique, peut être la source d'erreurs de diagnostic considérables. Aussi voudrions-nous l'étudier plus en détail.

Les anévrismes hauts de l'aorte abdominale bombent la région sus-ombilicale et s'étendent vers la région splénique. Parfois, ils usent les vertèbres et saillent même vers la région dorsale. D'autres fois, ils fusent en haut, à travers le diaphragme vers

le médiastin et les plèvres. Ces poches anévrisma-tiques hautes sont parfois recouvertes d'un fin ré-seau de filets nerveux qui expliquent les terribles douleurs de type cœliaque.

Les anévrismes bas de l'aorte abdominale peu-vent intéresser les artères mésentériques, rénales, les branches iliaques de bifurcation ; d'où des névral-gies à irradiation lombo-abdominale s'étendant au sacrum, au sciatique, aux membres inférieurs.

La rupture peut se faire à l'intérieur d'un vis-cère, estomac ou intestin, sous la forme d'une hé-morragie digestive qu'on attribue le plus souvent à un néoplasme ou un ulcus et caractérisée par une hémathémèse ou un moeléna considérable. Dans quelques rares cas, la rupture se fait dans la veine cave contiguë ; un anévrisme artério-veineux se ma-nifeste alors par de l'œdème du bas-ventre et des membres inférieurs ainsi que par une tumeur pul-satile avec un frémissement considérable. La rup-ture dans la grande cavité péritonéale a également été observée ; mais beaucoup plus souvent elle se fait derrière le péritoine et aboutit alors à un héma-tome diffus qui s'étend loin, sous le foie, vers la rate, autour des reins. Parfois il peut traverser le diaphragme et inonder la plèvre.

Rupture des branches de l'aorte abdominale

La rupture anévrysmale de l'artère splénique a été étudiée récemment par Tixier qui a réuni 27 cas ; elle se fait le plus souvent dans le péritoine ou dans l'estomac ; rarement dans la veine splénique. Cliniquement le début est dramatique soit par une douleur violente, en coup de poignard, soit par des signes d'hémorragie interne. Ce tableau a pu dans certains cas faire croire à une perforation digestive et entraîner une laparotomie.

La rupture des anévrysmes de l'artère gastro-épiploïque débute également par une douleur abdominale violente. Si on intervient on trouve dans le péritoine un liquide hématique, parfois un hématome pancréatique. Pour le Professeur Carnot, certains cas d'hématome pancréatique, étiquetés pancréatite hémorragique, seraient en réalité dus à la rupture de vaisseaux athéromateux. D'autres hématomes du mésentère et de l'intestin, étiquetés infarctus hémorragique seraient aussi liés à la rupture d'une artère mésentérique athéromateuse ou ectasiée.

DIAGNOSTIC

Autant le diagnostic d'un anévrisme de l'aorte ascendante est relativement aisé, autant les formes profondes peuvent être la source d'erreurs de diagnostic importantes. L'anévrisme superficiel, en effet, est facilement reconnaissable d'un goître plongeant, d'un abcès froid thoracique (la ponction avec une aiguille fine tranche d'ailleurs immédiatement le diagnostic). Il est peut-être plus difficile de localiser l'anévrisme à l'aorte ascendante ou au tronc brachio-céphalique. Le diagnostic est beaucoup plus difficile dans les formes profondes. C'est alors le diagnostic des syndromes médiastinaux qui se pose. S'il est le plus souvent facile à éliminer des affections de voisinage telles que l'asthme, une bacillose pulmonaire, une laryngite auxquelles les troubles respiratoires peuvent faire penser, il est par contre souvent délicat de distinguer les tumeurs vasculaires des tumeurs ganglionnaires.

Le diagnostic de tumeur vasculaire sera basé : non pas sur les signes fonctionnels qui n'ont rien de particulier, non pas sur les signes physiques qui tout au plus sont ceux d'une aortite, mais surtout

sur les signes radiologiques (tumeur solidaire de l'aorte dans toutes les positions) et sur la notion d'antécédents de spécificité.

Les tumeurs ganglionnaires peuvent être primitives ou secondaires. Secondaires, elles se voient surtout à la suite de deux néoplasmes : le néo de l'œsophage et le néo du poumon. La connaissance du néo de l'œsophage pouvant poser le diagnostic d'une ectasie aortique entraîne pour règle absolue de ne jamais tenter un cathétérisme œsophagien avant d'avoir examiné l'aorte à la radioscopie. Le diagnostic de cancer du poumon peut être discuté seulement dans sa forme médiastinale. La bronchoscopie permet parfois de trancher le diagnostic.

Mais les tumeurs ganglionnaires du médiastin peuvent être apparemment primitives. Schématiquement trois diagnostics se posent :

- la leucémie lymphoïde à forme médiastinale,
- la maladie de Hodgkin,
- le lymphosarcome.

— *La leucémie lymphoïde* est d'un diagnostic aisé lorsque l'existence de quelques ganglions superficiels (cervicaux ou inguinaux) ou une légère splénomégalie y font penser. Un examen hématologique montrant une augmentation considérable

du chiffre des globules blancs avec prédominance de lymphocytes, permettra d'affirmer le diagnostic.

— *La maladie de Hodgkin*, son diagnostic est difficile dans la forme médiastinale pure qui est d'ailleurs exceptionnelle, d'autant plus que nombre d'affections peuvent prêter à erreur. Le diagnostic sera fait par la constatation de splénomégalie, de prurit, d'éosinophilie, etc.

— *Le lymphosarcome*, on ne le soupçonne que lorsqu'il s'agit d'une tumeur très localisée, purement médiastinale et rapidement envahissante. C'est son extension rapide et sa radio résistance qui distinguent le lymphosarcome des lymphadénomes, longtemps curables par la radiothérapie.

Tels sont les diagnostics qui se posent en présence d'une ectasie peu évolutive.

La rupture de cette ectasie dans un des organes avoisinants, qui comme nous l'avons vu est son évolution naturelle, peut poser le diagnostic d'un épanchement hémorragique dans la plèvre, d'une obstruction trachéale, d'une communication artérioveineuse. L'observation de Boulin, Thierry, Olivier et Rymer que nous reproduisons plus loin en est un exemple. Ce diagnostic n'est d'ailleurs vérifié qu'à l'autopsie, car la mort survient rapidement à partir du jour où s'est produit la rupture.

Anévrisme de l'aorte abdominale

Le diagnostic de rupture d'une ectasie de l'aorte abdominale ou de ses branches est, ou très simple ou très difficile, et même presque impossible dans les courts délais qu'on a pour prendre une décision opératoire.

a) Le diagnostic est évidemment très simple s'il s'agit d'un malade porteur d'un anévrisme reconnu, dont on attend de jour en jour la rupture sans pouvoir s'y opposer. Le Professeur Carnot signalait un cas d'un malade, porteur d'un anévrisme abdominal avec poche médiane, pulsatile, qui se gonflait après les efforts et dont on prévoyait la rupture.

b) Mais le plus souvent le diagnostic est très difficile, l'ectasie étant latente, méconnue. Sa première manifestation est alors la rupture de la poche qui donne un tableau soit de choc grave avec signes d'hémorragie interne, soit d'une hémorragie moins aiguë mais répétée et qui aboutit à la constitution d'un hématome rétro-péritonéal. Devant l'un de ces deux tableaux cliniques, il se pose toujours la question angoissante de l'intervention chirurgicale.

« Doit-on, sans perdre une minute, même avec
« un diagnostic encore incertain, appeler le chirur-
« gien et faire ouvrir l'abdomen, à la recherche sou-
« vent difficile, parfois dangereuse, du vaisseau qui
« saigne. C'est là, parfois, la seule chance de sa-
« lut. Doit-il au contraire s'abstenir, compter sur
« une hémostase spontanée et ne pas risquer par
« une intervention de compromettre cette défense
« naturelle ? » (Carnot).

En réalité la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale pose le diagnostic de toutes les affections chirurgicales aiguës. Si le diagnostic de grossesse extra-utérine ne peut pratiquement pas se poser car l'éventualité d'une grossesse ne peut guère être discutée chez une femme de 50 ans ou plus, âge de l'ectasie, il est d'autres diagnostics souvent fort embarrassants. Toutes les perforations digestives peuvent être discutées. On comprend combien ce diagnostic est d'importance car perdre même une heure peut changer le pronostic du tout au tout. Aucun signe cependant qui ait une valeur absolue. Peut-être le choc encore plus violent dans les ruptures d'ectasie constitue-t-il en lui-même une contre-indication opératoire.

Les ruptures des branches de l'aorte peuvent aussi être d'un diagnostic embarrassant. L'observa-

tion de M. le Professeur Carnot montre un bel exemple d'anurie liée à la rupture d'une artère rénale.

Combien cette anurie aurait pu être difficile à interpréter si on n'avait assisté auparavant à l'affaïssissement d'une volumineuse tumeur abdominale ! Le diagnostic de pancréatite aiguë hémorragique a pu se poser dans quelques cas. Pratiquement il est impossible de le trancher par la clinique, voire même à l'intervention.

La rupture d'une rate friable de paludéen, l'ulcération d'un vaisseau par une tumeur voisine, un infarctus hémorragique de l'intestin sont autant de diagnostics des plus difficiles. Comment résoudre la question ? Le Professeur Carnot conseille, à défaut d'une règle meilleure, d'attacher beaucoup d'importance à l'âge du malade : « Les plus justifi-
« ciables de l'intervention sont les cas qui survien-
« nent chez les jeunes, qu'il s'agisse de rupture tu-
« baire, d'éclatement de la rate, d'ulcus perforé. Au
« contraire, les cas qui sont le moins tributaires de
« la chirurgie sont ceux des gens âgés, à vaisseaux
« malades, athéromateux ou ectasiés. »

T R A I T E M E N T

Le traitement de l'anévrisme de l'aorte sera à la fois étiologique et symptomatique.

Pratiquement toute ectasie aortique étant considérée comme étant de nature syphilitique, un traitement antispécifique lui sera opposé immédiatement, à moins qu'il n'existe une contre-indication formelle résultant d'une lésion viscérale ou cardiaque ; cette éventualité est, comme on le sait, rare, du moins pendant une très longue période de l'anévrisme aortique.

Le traitement antisyphilitique sera donc prescrit. Si on n'a guère beaucoup d'espoir d'agir sur la poche elle-même, on peut par contre arrêter la progression et faire rétrocéder la médiastinite responsable de beaucoup de manifestations pénibles.

On donnera la préférence au mercure. On fera des séries de quinze injections tri-hebdomadaires intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, dosées d'abord à un demi-centigramme puis un centigramme. Les séries seront répétées tous les 2, 3, 4 mois suivant les cas.

Le bismuth donne des résultats souvent remar-

quables lorsqu'il est administré d'une façon prudente ; il a de plus l'avantage de ne nécessiter que des injections bi-hebdomadaires.

Les arsenicaux ne seront utilisés que lorsqu'il s'agira de sujets jeunes et quand il importera d'aller vite. On sait avec quelles précautions il faut les manier dans les syphilis vasculaires.

L'iodure de potassium, médicament qui ne saurait suffire en tant que moyen d'attaque, rendra d'appréciables services dans le traitement d'entretien. On prescrira un, deux, puis quatre à cinq grammes par jour par périodes de dix-quinze jours.

On peut également pratiquer des injections d'huile iodée, sous forme de lipiodol par exemple.

Le traitement symptomatique comporte un repos relatif ou absolu (changement de profession, s'il le faut) avec restriction des efforts, d'une part ; les antinévralgiques, les tonicardiaques, la morphine, d'autre part et suivant les cas.

Dans l'ensemble les idées directrices de la thérapeutique de l'ectasie aortique sont les mêmes que celles des aortites. Cependant :

- l'étiologie syphilitique étant certaine,
- les troubles cardiaques étant habituellement absents,

il est indiqué de recourir sans hésitation au traitement antisypilitique.

La crainte d'une rupture de la poche oblige par contre à être bien plus sévère dans les exigences touchant à l'hygiène du sujet.

CONCLUSIONS

1) L'anévrisme aortique constitue une affection relativement fréquente et qui peut dans certains cas poser des problèmes difficiles à résoudre.

2) Au point de vue anatomique, il s'agit d'anévrismes sacciformes ou fusiformes ; les altérations histologiques portent sur la tunique moyenne et se caractérisent par une raréfaction, puis une disparition des fibres élastiques.

3) Au point de vue clinique il importe de distinguer :

a) L'anévrisme de l'*aorte ascendante* de diagnostic facile ;

b) L'anévrisme de l'*aorte thoracique postérieure* et de l'aorte descendante qui pose le diagnostic des syndromes médiastinaux. Sa rupture dans un organe voisin peut faire discuter : l'origine d'un épanchement pleural, d'une hémoptysie, d'une hémathémèse, etc. ;

c) L'anévrisme de l'*aorte abdominale* souvent latent et méconnu et qui se révèle brusquement à

l'occasion de sa rupture. Il pose alors des problèmes d'urgence angoissants, car par son allure clinique réalisant un tableau de choc et d'hémorragie il peut simuler une perforation digestive, une pancréatite hémorragique ou même une rupture tubaire.

4) Au point de vue thérapeutique toutes les tentatives sont illusoires et ne peuvent retarder que de peu l'échéance fatale.

5) La rupture anévrysmale de certaines branches de l'aorte abdominale peut donner une symptomatologie encore plus insolite : rénale ou splénique selon la branche intéressée.

Dans tous ces cas, l'âge du malade, la notion d'une spécificité ancienne, l'existence d'autres stigmates artériels seront les meilleurs arguments en faveur d'une ectasie.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON. — Aneurism report of cases. Am. J. Surg., 1919.
- BARIÉ. — Traité pratique des maladies du cœur. 1932.
- BOBS. — De la rupture spontanée de l'aorte et de ses anévrismes dans le péricarde ; études cliniques anatomo-pathologique et expérimentale. Paris, 1898.
- BORSWSKY. — Die Perforationsrichtung der aneurysmen der Aorta Thoracica. Breslau, 1910.
- BOULIN, THIERRY, OLIVIER et RYMER. — Fissuration d'un anévrisme de l'aorte ascendante dans la veine cave supérieure, avec survie de dix-sept jours. Vérification post-mortem. In Documentaire Méd. (décembre 1937).
- BIJOWSKY. — Usual cases of aneurism. Vest Klin, 1923.
- CARNIOL. — Contr. à l'étude des anévrismes art. mult. syphilit. Thèse, p. 35.

- CARNOT. — Ruptures anévrismotiques de l'aorte abdominale et ses branches. *Monde Médical*, 1935.
- CARRIEU et OCCONOMOS. — Anévrisme de la crosse aortique à forme latente. *Arch. des mal. du cœur*, 1914.
- CASTEX. — Aneurismæ Dia med. Buenos-Air., 1930-1931.
- DESGOUTTES. — Neuf observations d'anévrismes divers. *Lyon chirurg.*, 1919.
- DUCKART. — Ruptur aneurysme der Aorta descendens mit secundären Perforation, in den Magen München, 1909.
- ESHNER. — Multiple aneurism of the aortic. with rupture in to the trachea ; pulmonary tuberculosis ; symptomes simulating pericarditis. *J. Am. Assoc.*, 1907.
- FRAGA. — Sobre dois casos de aneurisma. *Brésil Méd.*, 1918.
- GILLES. — Case of aneurysm. *J. Missouri*, 1919.
- GOURAUD et ROCHE. — Anévrismes mult. de l'aorte thorac. ; double ouverture de l'une des poches dans l'œsophage. *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1909.

GRANGE. — Etude clinique de l'ouverture des anévrismes de l'aorte dans la trachée, les bronches et les poumons. Lyon, 1902.

HAUD. — Double aneurysma of the aorte, with rupture externally. Tr. path. Soc. Phil., 1891.

KERMOGANT. — Anévrisme de l'aorte abdominale rompu au cours d'un coït. Ann. de Méd. Lég., Paris, 11 mai 1936.

KOOS. — Von Aneurysmen im Kindesalter. Jahrb. Kinderh., 1916.

KNOLL. — Zwei Fälle von Rupture Aneurysm der Aorta. Franenfeld, 1904.

KRESLINE. — Rech. anat. sur le mode de perforation des anévrismes de l'aorte dans l'œsophage. Genève, 1902.

LAEDERICH et POUMEAU, de Lille. — Anévr. du sinus de Valsalva ouvert dans l'oreillette droite. Bull. et Mém. Soc. Méd. Paris, 1928.

LUCKE et REA. — Etudies on aneurism ; general statisticol date de aneurism. J. Am. M. Ass., 1921.

MARI. — Les anévr. diffus de l'aorte thor. ; leur termin. par rupture externe. Paris, 1895.

- MARSEILLE. — Tödliche Magenblutung durch Kommunikation mit der aorta.
- MASSARY et FLANDIN. — Anévrisme de l'aorte abdominale fissurée dans le duodénum. Bull. et Mém. Sc. Méd. des H. de Paris, 15 juillet 1928.
- MENSING et REGAU. — Aneurism. Wisconsin M. J., 1930.
- NEUMANN. — Ein Fall von Aorten Aneurysma mit Durchbruch in den linken Ventrikel. Berlin, 1896.
- PERRET. — Rupture des anévr. de l'aorte dans le tissu cellul. du médiast. Lyon, 1908.
- PRASTICAS. — Rupture spontanée de l'aorte à symptomatologie et évolution insolites. Monde Méd., 15 janvier 1933.
- ROEH. — Cyanose et œdème « en pèlerine ». Presse Méd., mars 1937.
- RUBASCHOV. — Zur terminalogie der aneurismen. Zbl. chirurg., 1925.
- RYER. — In Documentaire Médical, décemb. 1937.
- STRENG. — Aneurysma der Aorta mit Perforation, in die Pulmonal arterie, München, 1906.

TOLST et SOVONNAT. — Contribution à l'étude de la rupture spont. de l'aorte. Revue de Médecine, 1904.

YOUNG. — Aneurysma z eases, J. Okla M. Ass., 1920.

WAGNER. — Zum Kapitel aneurysma. Aug. Med. Zentr. Ztg., 1916.

WEBER. — Klin. und histologische Untersuchung einer Falles von Aortenaneurysma mit ölberen Perforationen in Lunge und Trachea. Freifswald, 1897.

VOLMER. — Ein Fall von Aneurysma des Arcus mit Durchbruch, in den Herzbeutel, Kiel, 1902.

